**FICHA DE SALUD INDIVIDUAL - VÁLIDA PARA EL CICLO LECTIVO 2025**

**Ficha para ser completada y firmada por el padre y/o tutor:**

**DATOS PERSONALES DEL ALUMNO**

**APELLIDO/S: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NOMBRE/S: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**D. N.I .Nº: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**GRADO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NÚMEROS TELEFÓNICOS POR URGENCIAS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**GRUPO SANGUÍNEO: FACTOR RH: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***OBSERVACIONES ESPECIALES:***

1. ﻿﻿﻿Enfermedades y/o dolencias recientes (en los últimos 12 meses) Informar si continúa tratamiento.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ﻿﻿﻿Padece enfermedades y/o dolencias crónicas (informar si continúa tratamiento médico).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ﻿﻿﻿Alergias, sensibilidades y efectos contraproducentes por algún medicamento/alimento.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ﻿﻿﻿Alergias, sensibilidades y efectos contraproducentes por algún agente natural (insectos, luz solar, tierra/polvillo, polen, etc.)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿Ha tenido convulsiones?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿Ha tenido episodios de mareos u otros y/o dificultades respiratorias durante o después de realizar ejercicio físico/deportivo?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Presenta lesiones y/o traumatismos óseos que impidan realizar actividad física/deportiva/esparcimiento.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿Alguna vez estuvo internado? ¿Cuál fue la causa de la internación?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿Realiza o realizó alguna vez un tratamiento psicológico o psiquiátrico? ¿Recibió algún diagnóstico por parte del profesional? ¿Cuál? ¿Realizó tratamiento para ello?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿Presenta diagnóstico u observaciones de tipo neurológicas o psicomotrices?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**En caso de existir alguna de las observaciones anteriores, informar quién es el profesional médico de cabecera.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Los padres o tutores DECLARAN BAJO JURAMENTO:***

1. ﻿﻿﻿**Que la información de salud arriba consignado, es correcta y completa.**
2. **﻿﻿Que autoriza a su hijo/a a realizar actividad física en las asignaturas y proyectos que lo requieran, y a desplazarse en el edificio y predio escolar conforme a la estructura y exigencias edilicias y espaciales existentes.**
3. **Que autoriza en caso de necesidad a que su hijo/a sea atendido por el servicio de emergencia medica contratado por la institución, dejando constancia de contraindicaciones a determinados medicamentos.**
4. **En caso de presentarse enfermedades, trastornos, intervenciones, incapacidades o tratamientos posteriores a la presentación de esta D.D.J.., comunicará inmediatamente a la institución dicha novedad, acompañando con certificados médicos o historias clínicas que correspondan.**

**Firma del Padre y/o Tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Aclaración de Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nº DNI: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**